

Dr. Victor V. Vigil

Oncología, Hematología y Genética de Cáncer

4610 Jefferson Lane NE Albuquerque, NM 87109

Tel: (505) 559-4495

Fax: (505) 842-8025

Email: info@wcscnm.com

www.wcscnm.com

Registro Inicial

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número Seguro Social: ____-____-____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Email: _____

Empleador: _____ Teléfono Trabajo: (____) _____

Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: (____) _____ Relación: _____

Médico Familiar ó Primario: _____

¿Quiere que WCSC mande sus Archivos Médicos a este Doctor? Si No

¿Quién le recomendó ser visto por el Dr. Vigil? : _____

Nombre de su Farmacia: _____

Ubicación de su Farmacia: _____

Información de su Seguro Médico (Aseguranza)

Primaria

Secundaria

Nombre de la Aseguranza: _____

Dirección para Reclamaciones: _____

Número de la Póliza (ID): _____

Número del Grupo: _____

Co-pago para Especialistas: _____

Titular de la Póliza: _____

Relación con el Titular de la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____

Seguro Social del Titular: _____

HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Sí No

Declaración de Responsabilidad Financiera

Certifico que la información declarada arriba es verdadera . Por este medio, autorizo que los beneficios de mi Seguro Médico sean pagados directamente a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. Entiendo que yo soy financieramente responsable por cualquier saldo en mi cuenta y por cualquier cargo que se genere al no proveer a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. con la información más actualizada y/o correcta de mi Seguro Médico. Así mismo, autorizo a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. para divulgar cualquier información que se requiera para procesar mis reclamaciones a través de mi Aseguranza (Seguro Médico).

_____/_____/_____

Firma del Paciente o de la Persona Responsable

Fecha

NOTA: Si Usted requiere que procesemos formas de FMLA y/o de Discapacidad, permítanos 10 días laborables para entregárselas. El procesamiento de la forma FMLA tiene un costo de \$ 25.00 mismos que se deberán pagar al momento de solicitarla.

Dr. Victor V. Vigil

Oncología, Hematología y Genética de Cáncer

4610 Jefferson Lane NE Albuquerque, NM 87109
Tel: (505) 559-4495 Fax: (505) 842-8025
Email: info@wcscnm.com www.wcscnm.com

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Solicito y autorizo a Women’s Cancer and Surgical Care, P.C. para que:

- DIVULGE** mi información **OBTENGA** mi información

Nombre del Médico/Oficina/Hospital _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Persona a contactar: _____

El propósito de esta solicitud es: (seleccione todas las que apliquen)

- Me nuevo Propósitos de la Aseguranza Cambio de Médico
 Segunda Opinión Revisión Personal
 Otra (favor de especificar) _____

La siguiente información de salud protegida (PHI) puede ser divulgada: (seleccione una)

- Autorizo a divulgar **todos mis archivos médicos** con las siguientes excepciones, (Favor de especificar cual información **NO** desea que divulgemos)

 Autorizo a divulgar **todos mis archivos médicos** relacionados con los siguientes tratamientos y condiciones:

 Autorizo a divulgar **todos mis archivos médicos** de _____ hasta _____

Esta autorización expirará automáticamente dentro de un año a partir de la fecha de su firma.

Entiendo que en cualquier momento, tengo el derecho de revocar por escrito esta autorización, excepto aquella información que ya haya sido divulgada resultado de esta misma autorización.

AVISO AL PACIENTE: Las primeras 10 páginas son sin costo. Las páginas adicionales tienen un costo de \$ 0.50 cada una por gastos administrativos y de copiado.

Firma del Paciente / Representante / Apoderado Legal

Fecha

Razón de su visita: _____

¿Usted ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos 6 meses? **Marque X donde aplique.**

Constitucional:

- Ha subido o bajado de peso
 ¿Cuántas libras? (especificar si + ó -) _____
- Cambios en apetito
- Cambios en el sueño
- Cambios en el nivel de energía (Stamina)
- Fiebre
- Incapacidad para desarrollar actividades básicas como:
 vestirse, cocinar, bañarse por usted mismo.

Dolor:

- ¿En dónde? _____
- ¿Por cuánto tiempo? _____
- ¿Este dolor se mueve? _____
- ¿Qué incrementa o disminuye este dolor? _____
- _____

Piel:

- Ronchas / Salpullido
- Llagas / Úlceras
- Manchas o lesiones en la piel
- Cambios en lunares

Senos:

- Sensibilidad
- Secreción en el pezón
- Masas
- Protuberancias ("bultitos") en las axilas

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta:

- Cambios en la visión
- Cambios en el sabor
- Cambios al escuchar
- Cambios al oler
- Sangrado de la nariz
- Problemas de Sinusitis
- Pérdida del cabello
- Incremento en el crecimiento del cabello
- Otro (Favor de especificar) _____

Músculo - Esquelético:

- Dolor en las articulaciones
 ¿Cuáles? _____
- Hinchazón
- Debilidad en los músculos
- Dificultad para caminar
- Debilidad en la(s) mano(s)

Neurológico:

- Sensaciones anormales (entumecimiento/hormigueo)
 ¿En dónde? _____
- Mareos
- Inestabilidad al caminar o moverse
- Convulsiones
- Debilidad en brazos y/o piernas
- Dolor de cabeza
- Desmayos / Cambios en el habla

Cardiaco:

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Arritmias anteriores
- Ataques al corazón anteriores
- Hinchazón de piernas
- Dificultad para respirar
- ¿Requiere de una almohada para dormir en la noche? _____
- ¿Puede subir escalones sin dificultad de respirar? _____
- ¿Puede caminar una cuadra sin dificultad de respirar? _____
- ¿Usted mira a un Cardiólogo? _____
- ¿A quién? _____

Pulmonar:

- Tos seca
- Tos con mucosidad y/o sangre
- Dolor al respirar
- Fiebre de Heno u otras alergias
- ¿Usted mira a un Doctor Pulmonar? _____
- ¿A quién? _____

Gastrointestinal:

- Nausea
- Vomito
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dificultad para tragar
- Reflujo
- Sangre en las heces fecales
- Se siente "lleno" después que comienza a comer

Urinario

- Sangre en la orina
- Incontinencia de orina
- Infecciones de orina
- Problemas de riñones
- Se despierta para orinar
- Dolor al orinar

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ginecológico:

- ___ Sangrado vaginal
 ___ Flujo vaginal
 ___ Dolor pélvico
 ¿En dónde? _____
 ¿Por cuánto tiempo lo ha tenido? _____
 ¿Qué lo incrementa o disminuye? _____

 ___ Periodos irregulares
 ___ Dificultad para embarazarse
 ___ Dolor durante el intercambio sexual

Hematológico:

- ___ Historia de coágulos en Usted o los miembros de su familia
 ___ Historia de anemia ó conteo bajo de células sanguíneas
 ___ Le salen "moretones" con facilidad
 ___ Sudoración nocturna

Psiquiátrico:

- ___ Ansiedad
 ___ Depresión

Antecedentes Médicos y Año de Diagnóstico:

- ___ Diabetes, año _____
 ___ Problemas de Tiroides, año _____
 ___ Presión alta, año _____
 ___ Ataque al corazón, año _____
 ___ Asma, año _____
 ___ Cáncer anterior, año _____
 ___ Transfusiones de sangre anteriores, año _____
 Hepatitis, HIV u otras Infecciones Crónicas y año de diagnóstico

 Otra(o) _____

Antecedentes Quirúrgicos y Fechas:

- ___ Apendectomía, año _____
 ___ Extirpación de la vesícula biliar, año _____
 ___ Extirpación de las amígdalas, año _____
 ___ Histerectomía, año _____
 ___ Extirpación de (los) ovario(s), año _____
 ___ Cirugía de senos, año _____
 ___ Problema con anestesia o con la recuperación de una cirugía, año _____
 ___ Extracción de las muelas del juicio, año _____
 ¿Tuvo problemas de sangrado? _____

Historia Familiar:

- ¿Algún antecedente de coágulos sanguíneos? _____

Historia Gineco/Obstetra:

- Edad de su primer periodo _____
 Último periodo menstrual _____
 Duración entre los ciclos _____
 Número de días de su periodo _____
 Número de días pesados _____

Si son pesados, ¿qué tan seguido cambia los productos femeninos? _____

- Preferencia de producto femenino _____
 Alguna cirugía ginecológica _____
 Número de embarazos _____
 Número de nacimientos vivos _____
 Número de abortos espontáneos _____
 Número de partos vaginales _____
 ¿Algún parto por cesárea? _____
 ¿Algún sangrado entre sus periodos? _____
 ¿Usa anticonceptivos? _____
 ¿Qué tipos? _____

- ¿Cuándo fué su último Papanicolaou? _____
 ¿Ha tenido algún resultado anormal de Papanicolaou? _____
 ¿Qué se hizo para ello? _____

¿Ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual?
 (ejemplos: Gonorrea, Clamidia) _____

- Número de parejas sexuales en su vida _____
 ¿Ha tomado terapia de reemplazo hormonal? _____

Historia Social

- ¿Fuma? ___ ¿Por cuántos años/meses? _____
 ¿Cuántos cigarrillos por día? _____
 ¿Consume alcohol? _____
 ¿Alguna droga? _____
 ¿Quién es la persona que le da el mayor aporte emocional?

- ¿Tiene usted testamento? _____
 ¿Tiene poder legal? _____

Su ocupación _____

¿Cuándo fué la última vez que usted tuvo? :

- * ___ Colonoscopia, año: ___ Total de pólipos: ___
 Pólipos Adenomatosos: ___, Pólipos benignos: ___
 * ___ Mamograma , año : ___
 * ___ Densidad Osea, año : ___
 * ___ Chequeo de Colesterol , año : ___

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dr. Victor V. Vigil

Oncología, Hematología y Genética de Cáncer

Lista de Medicamentos

Por favor escribe las medicinas que toma con sus nombres, dosis y frecuencias.

Medicinas que requieren prescripción médica:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Medicinas de venta libre (no requieren prescripción médica):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Medicinas herbales y/o naturistas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Victor V. Vigil, M.D

Oncología, Hematología y Genética de Cáncer

4610 Jefferson Lane NE
Tel: (505) 559-4495
info@wcscnm.com

Albuquerque, NM 87109
Fax: (505) 842-8025
www.wcscnm.com

Divulgación de Información Médica a Familiares

Yo, _____
(Nombre)

con fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Autorizo a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. para que divulge mi información médica referente a:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda la Información | <input type="checkbox"/> Análisis de sangre |
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou | <input type="checkbox"/> Procedimientos y resultados |
| <input type="checkbox"/> Información de medicamentos/recargas | <input type="checkbox"/> Información de citas |

A: _____
(nombre)

Quien está relacionado conmigo como: _____

Libero a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. de cualquier responsabilidad resultante de la divulgación de esta información confidencial.

NO autorizo a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. para divulgar A NADIE, NINGUNA información médica o de cita.

Firma: _____

Fecha: _____